

# 재발급 진술서/허가 (REPLACEMENT AFFIDAVIT/AUTHORIZATION, DFA 303)

**지시사항:** 파트 A에서는 귀하에게 해당되는 체크 상자에 체크하고 서명한 다음 분실 신고 후 10일 이내에 이 양식을 제출해야 합니다. 그렇지 않으면, 재발급되지 않습니다.

## 파트 A - 가구 진술서

본인 \_\_\_\_\_  
 은 가구에 다음과 같은 문제가 발생했음을 선언합니다:

- 아래 주소로 EBT(Electronic Benefits Transfer) 카드 우편물을 받지 못했고 허가 받지 않은 사람이 혜택을 이용했습니다.

우편 주소 (Number, Street, P.O. Box)		
도시	주	우편번호
집 주소 (다를 경우) (Number, Street)		
도시	주	우편번호

- EBT 카드의 분실/도난 사실을 카운티 또는 EBT 핫라인에 신고했는데, 그 카운티 또는 EBT 핫라인에서 EBT 카드를 취소하지 못했고 허가 받지 않은 사람이 혜택을 이용했습니다.

\_\_\_\_\_일자 \_\_\_\_\_시에  
 \_\_\_\_\_에 신고함.

- 집에 재난 또는 재해가 발생하여 식품이 훼손됨. 재난/재해 유형과 발생 날짜:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

본인이 알고 있는 바로는 위의 진술은 사실이고 정확함을 선언합니다. 또한 본인이 식품권 프로그램의 자격을 박탈당할 수 있는 잘못되거나 불완전한 사실을 제공했을 경우에 벌금형이나 징역형을 받거나, 또는 자격 박탈, 벌금형, 징역형의 세 가지 처벌을 모두 받을 수 있음을 이해합니다.

재발급 받은 가구원 또는 위임 받은 대리인 서명	날짜

## 카운티 전용란

Case Name: \_\_\_\_\_  
 Case Number: \_\_\_\_\_  
 Worker: \_\_\_\_\_  
 Date DFA 303 Received: \_\_\_\_\_

### PART B - REPLACEMENT BENEFITS

- APPROVED - EBT Replacement Date \_\_\_\_\_
- EBT: Authorized Replacement Amount \$ \_\_\_\_\_
- DENIED - Reason for Denial (Explain)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SIGNATURE (PERSON AUTHORIZING OR DENYING REQUEST)	DATE

### PART C - ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT (OVER THE COUNTER)

RECEIVED BY:	DATE

**규정:** 이 규정이 적용되면 귀하는 가까운 복지 사무소에서 검토할 수 있습니다 MPP 16-515.